



## 認知療法をする

井上和臣\*

### はじめに

ここ何年か学校教育学部の授業『精神医学演習』でコミュニケーション技能の訓練を実施している。教材として Liberman らが製作したビデオを活用させてもらっているが、『基本会話モジュール』<sup>1)</sup>はきめ細やかな配慮がなされた逸品である。何しろ「会話をする」という行動を学習するのに、「会話を始める」「会話を続ける」「会話を終える」という技能領域が区別されているのである。学生ばかりか教師にとっても「目からうろこ」の体験になる。

小論に求められているのは、そうした会話の基本を、「認知療法をする」という治療行為に適用することかと思われる。

### 認知療法を始める

#### 認知療法の得意技

「会話を始める」には、話し相手と出会えそうな場所に出向くこと、快く話をしてくれる人を決

めること、話題を探すことが必要になる。

「認知療法を始める」には、治療の場を外来とするのか、あるいは入院治療の適応があるのか、どのような患者を対象とするのか、患者のどのような問題を取り扱うのかを特定することが求められる。その際、治療を奏効させたいと願うなら、会話に取り組むのと同様、できるだけ今の自分の身の丈に合ったところから始めるのが賢明だろう。得意技を生かすのである。

認知療法が得意とするのは、外来での治療が可能な非精神病性の患者である。入院認知療法も選択肢としてはあるが、一般には外来が治療の場となる。非精神病性の病態には、比較的軽症のうつ病、不安障害、摂食障害、パーソナリティ障害といったところが含まれる。

このような病態に対して「認知療法を始める」ときには、もちろん精神医学的診断を明確にする必要がある。多忙な外来で診断基準に基づく臨床診断まで行うのは現実的ではないかもしれないが、暫定的であっても、診断は患者に関する重要な情報を与えてくれるものであり、後述する認知的概念化にも役立つはずである。

その他、児童・生徒の学校不適応や青年のひきこもりなどの社会病理を認知療法の対象に加えてもよからう。また、子どもの不登校に苦しむ家族に実施することも可能だろう。

いずれにせよ、診療や相談に訪れた人がその障害のために苦痛を感じ悩むとき、認知療法の出番

How to do cognitive therapy

\*鳴門教育大学人間形成基礎講座

[〒772-8502 徳島県鳴門市鳴門町高島]

Kazuomi Inoue, M.D.: Department of Human Development, Naruto University of Education, Takashima, Naruto-cho, Naruto-shi, Tokushima, 772-8502 Japan.

となる。

もちろん患者や家族のかかえる問題のすべてが認知療法の適応になるわけではない。不安や抑うつ、不適応行動や対人関係上の困難が認知という視点から説明でき、しかも認知への介入が意味をもちそうなことが大前提である。最近注目されている児童虐待やドメスティックバイオレンス(DV)の場合、早急に必要とされる対応は児童や女性の身体的安全を確保することであって、認知を標的とした介入ではあるまい。

認知療法の適応に関連してさらに一言すると、奇異に聞こえるかもしれないが、認知機能障害を有する病態は認知療法の対象とはならない。痴呆や意識障害は禁忌なのである。たしかに最近は精神分裂病までが認知療法の射程に入ってきたが、思い起こしてほしいのは、認知療法が情緒障害の認知モデルを出発点としていることである。

#### 認知という視点

患者の問題が維持される機制を認知の視点から説明できるかどうかを判断すること——認知的概念化(cognitive conceptualization)——が、「認知療法を始める」ときには不可欠である。認知的概念化は認知療法を進める上で海図・道路地図の役割を果たしてくれるが、診断の常として、治療の進展に伴って変更されうる仮説にとどまる。しかし、患者との治療関係を深める上でも、患者の治療への参画を促進する上でも、認知的概念化に基づいた治療計画を策定することは重要である。

高校教諭との二人三脚で相談に応じた青年の場合<sup>5)</sup>、就労の失敗が契機となって3年ばかりひきこもりが続いていた。セッションのたびに持参してもらった思考記録(Dysfunctional Thought Record)について話し合う過程で推測できた認知は、「自分は使いものにならない駄目な人間だ」というものであった。職場での体験からこの認知が活性化され、それが彼の不安や怒り、さらには対人面での不適応やひきこもりに関与していたと考えられた。

#### オープニング・ライン

Libermanらの教材では、「会話を始める」ときの「話しかけのことば」をオープニング・ライン(opening lines)と呼んでいる。身の回りのものから話題を選んだり、相手の行動や外見をほめたり、挨拶や自己紹介をしたり、相手が今していることについて質問したりして、相手との間にコミュニケーションの回路を作ろうとするのである。

となると、「認知療法を始める」場合のオープニング・ラインは、簡単な挨拶と自己紹介に続けて、患者から受診に関連した情報を収集することであろうか。認知療法は問題解決型(problem-oriented)の精神療法なので、患者がかかえる問題を明らかにすることが重要なのは言うまでもない。しかし、治療に対する患者の関与を促そうとするなら、患者が治療に望むものははっきりさせておきたい。治療目標である。通常、最初の数回のセッションで実現したい短期目標、治療終了時に達成しておきたい中期目標、さらに治療終了後も考慮した長期目標が区別される。認知療法は能動的(active)治療とされているが、能動性は治療者ばかりでなく患者にも望まれる態度である。目標を明確にしておくことは能動性を高めるのに役立つだろう。

#### ゴーサインとノー・ゴーサイン

ゴーサイン(go signals)とノー・ゴーサイン(no-go signals)という聞き慣れない用語は、それぞれ、相手が会話を続けたがっている様子と会話をやめたがっている様子を指している。

ゴーサインが点灯するためには、患者の意向(patient preference)を配慮して治療法が選択される必要がある。最近書籍等から認知療法について知り受診を希望する例も見られるが、パンフレットなどの適切な媒体を用いた情報提供は、「認知療法を始める」ときにはぜひ実施しておきたいところである。患者と治療者の意見が一致しない場合には、共同的経験主義(collaborative empiricism)の精神に則り、患者の意思を優先させ、一定期間「実験」を行った後、経験的に得ら

れたデータをもとに再度話し合えばよい。

一方、治療の目標を立てて進み始めたはずの認知療法に対するノー・ゴーサインは、治療からの脱落につながる可能性がある。うつ病の認知療法に関するランダム化臨床試験をもとに算出した認知療法の脱落率は26%であったが<sup>2)</sup>、日常臨床ではどのくらいが脱落することになるか、明らかではない。

ノン・コンプライアンスとかノン・アドヒアランス (nonadherence) とか呼ばれる患者の行動はノー・ゴーサインの一例だが、認知療法の場合、ホームワークがどのくらい実施できているかでこれを評価できるかもしれない。

精神病後のうつ状態で受診し始めた患者<sup>1)</sup>は、日常活動を記録するという、定番になっているホームワークが災いして、いつしか受診が遠のくようになった。無為に過ぎる毎日を克明に記録しつづけることが耐えられなくなったのだろう。

## 認知療法を続ける

### 傾聴することと質問すること

Liberman らによると、「会話を続ける」には、積極的に聴く技能、質問をする技能などが必要になる。

「認知療法を続ける」場合にも傾聴は欠かすことができない。いくら認知療法が指示的 (directive) 精神療法だと言っても、治療者が聴く耳をもたずに突っ走ると、治療どころか、単なるお説教になってしまいかねない。積極的に聴くことを忘れると、的確な認知的概念化も不可能になるだろう。

治療者は質問をする技能も磨いておかねばなるまい。古くはソクラテス、最近なら刑事コロンボの名を冠した質問法 (Socratic questioning) は、皮肉やおとぼけではなく、問題解決のための新たな発見を促す認知療法の決め技である。その昔、教育者としてのソクラテスは無知の人として若者の前に現われたそうである。認知療法では「歪んだ」認知が治療の標的になるが、患者の問題に関

与する認知を前にしたとき、治療者は質問するソクラテスでありたいものである。誘導による発見 (guided discovery) はソクラテス-治療者によってはじめて可能になる。

### 認知、行動、そして……

「会話を続ける」には、話題の選択が何よりも重要になる。認知療法では、会議と同じように、各セッションを始めるにあたって、治療の焦点を明確にすべく話題 (agenda) を定める。取り組むべきことが決定されると、患者の非機能的認知と不適応的行動の修正を意図して、認知的技法と行動的技法を用いた介入が図られる。しかし、忘れてならないのは、患者の不快な感情が改善されることこそ重要なのである。認知の妥当性を検証するホームワークは、認知の修正の結果生じる感情の変化を記録して完結する。

## 認知療法を終える

### 患者が自らの治療者となるとき

「会話を終える」ときには、相手がまた話したいと思えるように気持ちよく会話を終えることが大切である、とされている。それには、今は話を切り上げなければならないことと、またいつか話をしたいと思っていることを相手に伝える必要があるという。

認知療法は通常15~25回のセッションで終結を迎える治療である。もちろん数回のセッションで終了する場合もある。国際学会ではパニック障害を1回で治療する試みさえ報告されている。そうになると、治療終結に関連した問題を論議する暇もないかもしれないが、「認知療法を終える」ときには一般に治療導入時よりも認知療法の特徴が強く現われるように思う。

認知療法における共同的な治療関係は、やがては患者が自らの治療者となることを期待するものである。治療当初から責任を分担し、治療目標について話し合い、毎回のセッションで話題を定め、治療過程の構造化を図るのは、セルフ・ヘル

ブの重要性を患者に自覚してもらうためである。

対人不適応を訴えて来談した女性<sup>1)</sup>は、治療終了後に「少し不快なことがあるときは、頭のなかで別の見方を考えることで日常の出来事はうまく処理できるようになった」と語った。

#### 治療の終結に向けて準備する

治療の終結はすでに治療目標を立てる時点で語られていたことではあるが、いつ治療を終えるかの判断はもちろん共同作業のなかで行われることになる。終結時には、介入によって症状形成に直接関与する自動思考だけでなく、スキーマとか信念と呼ばれる中心的な認知にまで修正が加えられていることが望ましい。それが症状の再燃・再発を防止すると考えられるからである。

認知療法には学習の場を患者に提供するという側面がある。そこでは解答を得ることが重要ではなく、ソクラテスが試みたように、解答に至る方法が繰り返し提案される。「認知療法を終える」にあたっては、学習された事柄を患者に書き出してもらうとよい。それによって患者は自らが獲得した「資源」を確認することになるだろう。

#### 再燃・再発に対して準備する

治療期間の短さを考えると、認知療法終了時に患者の問題がすべて解決されていることなど期待できない。患者にとってアキレス腱は残るのである。そこで、症状の再燃・再発という問題に適切に対処したいなら、リハーサルは欠かせない。一種の想定問答集を作り、それに基づく予行演習を繰り返すのである。もちろん、患者が自らの治療者になる、と言っても、追加治療が必要になることはある。治療効果の増強を目的としたブースター・セッションについても相談しておくべきであろう。

「認知療法を終える」とき、認知療法が薬物療法と併用されている例では薬物療法が継続されることがある。症状管理と支持的対応を伴う薬物療法は、それまでの介入とは違った様相を呈するかもしれない。しかし、合理的な治療選択がなされていけば、患者の意向に反することにはなるまい。もちろん認知への介入を適時行うことは可能であり、日常臨床ではむしろそうした集学的治療のほうが実施しやすいと思われる。

#### おわりに

「認知療法をする」治療者の技能について、「認知療法を始める」「認知療法を続ける」「認知療法を終える」という技能領域を区別して述べてみた。しかし、たいていの場合、治療を求めるのは患者の苦痛であり、治療を続けるのは患者の意思であり、そしていつとはなく治療を終えるのも患者である、というのが真相かもしれない。

#### 文 献

- 1) Inoue, K., Kawabata, S.: Cognitive therapy for a major depressive episode in residual schizophrenia. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 53; 563-567, 1999.
- 2) 柏木信秀, 高橋徹, 井上和臣: うつ病治療における認知療法, 薬物療法, 併用療法の効果比較: 医療判断学的研究. *精神医学*, 42; 281-289, 2000.
- 3) Liberman, R. P. (安西信雄, 池淵恵美, 角谷慶子): 自立生活技能(SILS)プログラム, 基本会話モジュール. 丸善, 東京, 1994.
- 4) 大前玲子, 井上和臣: 対人不適応の青年期女性に対する認知療法の一例—認知プロフィールの活用とその意義—. *精神療法*, 23; 43-50, 1997.
- 5) 渡辺元嗣, 高橋徹, 井上和臣: ひきこもりの青年に対する認知療法. *臨床精神医学*, 29; 1165-1171, 2000.